Avis

DU CONSEIL
DU STATUT
DE LA FEMME

Québec

86-05403/

Gouvernement du Québec
Conseil du statut de la femme

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

ERRATA

p. 13: dans le deuxième paragraphe:

On compte environ 125 000 Québécois atteints de chlamydia. Plus de 20% des femmes restent infertiles après une première salpingite.

p. 45: remplacer la 2e phrase du 1er paragraphe par:

Dans l'analyse de la situation, la Commission gagnerait à se pencher...

Direction de la recherche

Juin 1986

Québec:
8, rue Cook
3ième étage, bureau 300
Québec G1R 5J7

Montréal:
1255, place Philippe,
bureau 708,
Montréal H3B 3G1

pôt légal: 2e trimestre 1986
bliothèque Nationale du Québec
BN: 2-550-16551-9

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

Introduction..... 1

Section 1: Les problèmes de fonctionnement des services de santé et des services sociaux..... 3

Chapitre 1: Les femmes et certains problèmes liés à leur appareil reproducteur..... 7

1.1 La contraception..... 7

1.1.1 La situation..... 7
1.1.2 Le point de vue du CSF..... 9

1.2 L'avortement..... 10

1.2.1 L'accès aux services..... 10
1.2.2 Le point de vue du CSF..... 11

1.3 Les maladies transmises sexuellement..... 13

1.3.1 La situation..... 13
1.3.2 Le point de vue du CSF..... 14

1.4 Le diagnostic prénatal (DPN)..... 14

1.4.1 La situation..... 14
1.4.2 Le point de vue du CSF..... 16

1.5 La périnatalité..... 17

1.5.1 La situation..... 17
1.5.2 Le point de vue du CSF..... 17

1.6 L'infertilité et les nouvelles technologies de reproduction (NTR)..... 18

1.6.1 La situation..... 18

1.6.1.1 L'infertilité..... 18
1.6.1.2 Les nouvelles technologies de reproduction..... 19

1.6.2 Le point de vue du CSF..... 20

1.7 La ménopause..... 22

1.7.1 La situation..... 22
1.7.2 Le point de vue du CSF..... 22

Chapitre 2: Les femmes, la santé mentale et la violence..... 25

2.1 La santé mentale et le suicide..... 25

2.1.1 La situation..... 25
2.1.2 Le point de vue du CSF..... 26

2.2 Les femmes victimes de violence conjugale... 27

2.3 Les femmes victimes d'agression sexuelle.... 28

2.3.1 La situation..... 28
2.3.2 Le point de vue du CSF..... 28

Chapitre 3: Certains problèmes vécus par les jeunes..... 31

3.1 Les abus sexuels et physiques à l'égard des enfants..... 31

3.2 L'éducation sexuelle chez les jeunes..... 31

3.2.1 La situation..... 31
3.2.2 Le point de vue du CSF..... 32

3.3 Les grossesses chez les adolescentes..... 32

3.3.1 La situation..... 32
3.3.2 Le point de vue du CSF..... 33

Conclusion..... 35

Section II: Les problèmes de financement des services de santé et des services sociaux..... 37

Chapitre 4: Des principes à préserver..... 39

4.1 Un réseau public universel et gratuit..... 40

4.2 Les services du réseau public..... 42

Chapitre 5: Certains facteurs explicatifs de la hausse des coûts..... 45

5.1 Des services induits par les soignants..... 45

5.2 La rémunération à l'acte..... 46

5.3 La technologie médicale..... 47

Chapitre 6: Les compressions budgétaires et leurs effets..... 49

6.1 Sur les travailleuses de la santé..... 49

6.2 Leurs conséquences sur la responsabilité des femmes..... 50

6.3 Sur les services offerts..... 51

Chapitre 7: La répartition des ressources..... 53

7.1 Le préventif et le curatif..... 53

7.2 Le choix des domaines de recherche..... 53

Conclusion..... 55

Recommandations..... 57

Notes..... 63

Liste des annexes..... 65

INTRODUCTION

Le Conseil du statut de la femme s'est toujours préoccupé de la santé des femmes et particulièrement de l'autonomie des femmes en matière de santé: dans la politique d'ensemble en 1978 Pour les Québécoises, égalité et indépendance, dans l'Essai sur la santé des femmes en 1981, et dans sa contribution à différents dossiers, celui des sages-femmes, de la ménopause, de l'humanisation des soins à l'accouchement, de la périnatalité et, plus récemment, de la reproduction artificielle.

Cinq ans après la publication de la Politique d'ensemble, le bilan des actions gouvernementales qui font suite aux recommandations du CSF sur la question de la santé des femmes est bien mince. Force nous est donc de rappeler les problèmes laissés sans réponse jusqu'ici. Et cela avec d'autant plus de pertinence que la réalité n'a pas varié: les femmes constituent non seulement la majeure partie de la demande en services de santé et en services sociaux, mais aussi du personnel dans le domaine. Elles sont aussi les principales responsables de la santé à l'intérieur des familles. Il serait donc tout à fait justifié que la Commission soit particulièrement attentive à une problématique spécifiquement féminine. L'enjeu est primordial. Rappelons par ailleurs que si les femmes sont les plus grandes consommatrices de ces services, les conditions de vie qui leur sont propres n'y sont pas étrangères. Qu'il s'agisse des particularités de leur appareil reproducteur qui commande des soins spécifiques, des problèmes de santé mentale causés par l'isolement des femmes au foyer, de la pauvreté des responsables de familles monoparentales et des personnes

âgées, de la double tâche des femmes sur le marché du travail ou encore de la dévalorisation du travail domestique; qu'il s'agisse encore des agressions sexuelles dont elles sont plus souvent que les hommes les victimes dans leur enfance et à l'âge adulte[1].

Ce document abordera d'abord les problèmes de fonctionnement puis ceux du financement des services de santé et des services sociaux. Les problèmes de fonctionnement peuvent relever du système lui-même (par exemple la pénurie des services en interruption de grossesse) ou de la pratique médicale (le passage du nombre des césariennes du simple au double en dix ans). Les problèmes du financement des services seront abordés en deux volets conformes aux deux types de réalité impliqués: l'identification de la source des coûts et leur répartition, et la source du financement des coûts engendrés. Le financement des services hors réseau tels que les centres de santé des femmes, les centres d'hébergement pour femmes battues et les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractères sexuels (les CALACS) a déjà fait l'objet d'avis du CSF. Ils se retrouvent à l'annexe 1 et nous y référons les commissaires relativement au financement des ressources alternatives.

SECTION I

LES PROBLÈMES DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

L'approche médicale

Deux types d'approche médicale sont actuellement offerts à la population: celle de la médecine traditionnelle occidentale offerte par le système institutionnalisé qui, la plupart du temps, n'aborde pas le corps de la personne soignée dans sa globalité, et celle des médecines douces qui privilégie une approche globale. Mais quel que soit le type de médecine et malgré le discours prônant l'autonomie des femmes sur leur corps et leur santé, la dépendance patient/e expert/e persiste.

La pratique médicale traditionnelle

La pratique médicale traditionnelle révèle un certain nombre de lacunes. Il est permis de constater:

-qu'elle ne considère pas toujours le corps soigné dans sa globalité;
-qu'elle fonctionne à partir d'une définition trop étroite de la santé, définition qui fait trop souvent l'économie d'une approche pluridisciplinaire;
-qu'elle s'attaque encore prioritairement aux symptômes plutôt que de s'attacher à l'identification des causes en vue d'une prévention;
-qu'elle surmédicalise les soins;

-qu'elle engendre des problèmes d'iatrogénèse et que par exemple elle persiste à ne pas contrôler la compatibilité des médicaments prescrits à une même personne et dont l'absorption simultanée engendre un surcroît de problèmes. C'est le cas surtout des personnes âgées et de celles qui ont des problèmes de santé mentale;
-qu'elle entretient un rapport dominant(e)/dominé(e) en n'informant pas adéquatement les utilisateurs/trices.

Le système

Les services offerts par le système ne sont pas toujours adéquats aux besoins de la population: l'offre ne correspond pas à la demande; la recherche dans des domaines affectant spécifiquement les femmes est insuffisante et la formation des intervenants/es reste lacunaire à l'égard de la problématique spécifique des femmes.

.L'inadéquation de l'offre de services se traduit par:

-la pénurie ou l'absence de services;
-le manque de ressources face à une recrudescence de problèmes tels que la violence familiale, la délinquance, l'alcoolisme, la toxicomanie et le suicide;
-la montée de ressources alternatives: le mouvement des sages-femmes, les initiatives hors réseau (centres de santé des femmes, centres d'hébergement et de transition pour femmes battues, centres d'aide et de lutte aux agressions à caractère sexuel).

.La recherche

Son inadéquation aux besoins et son insuffisance à certains égards sont flagrantes. Beaucoup d'efforts sont

consacrés à une recherche de pointe dans des domaines qui ne touchent qu'une faible partie de la population (par exemple la fécondation in vitro), mais peu d'intérêt est accordé à des problèmes courants et en expansion (les maladies transmises sexuellement et l'infertilité, la contraception et ses effets secondaires). Cette insuffisance se traduit par des pratiques prématurées ou inconsidérées: stérilisation (ligature des trompes), mise en marché de stérilets dangereux, recours inconsidéré aux anovulants, fréquence des échographies, prescription de contraceptifs réputés nocifs comme le Depo Provera.

.La formation des intervenants/es

Les intervenants/es ne bénéficient pas en cours de formation d'une sensibilisation suffisante à la problématique des femmes, dans des domaines pourtant où celles-ci sont concernées de très près: la périnatalité, la santé mentale, la ménopause, la violence faite aux femmes.

Le champ d'investigation privilégié par le CSF

Le CSF a choisi de limiter son examen des problèmes de fonctionnement des services de santé et des services sociaux aux aspects qui concernent plus particulièrement les femmes, soit les problèmes liés à l'appareil reproducteur, la santé mentale, la violence faite aux femmes et enfin certains problèmes vécus par les jeunes.

Chapitre 1: Les femmes et certains problèmes liés à leur appareil reproducteur

Seront abordés ici les problèmes reliés à la contraception, à l'avortement, aux maladies transmises sexuellement, au diagnostic prénatal, à la périnatalité, à l'infertilité et aux nouvelles technologies de reproduction et enfin à la ménopause.

1.1 La contraception

1.1.1 La situation

Les méthodes contraceptives offertes aux femmes sont temporaires ou permanente (ligature des trompes). Parmi les méthodes temporaires, on distingue, selon leur impact sur l'appareil reproducteur et les effets secondaires engendrés, les méthodes "dures" et les méthodes douces.

Les méthodes dures sont le plus largement utilisées. Sur 100 femmes de 20 à 44 ans utilisant une méthode contraceptive, 86 utilisent une méthode dite "dure", pouvant aller jusqu'à la stérilisation pour elles-mêmes (36%). La pilule vient au second rang avec 28 utilisatrices. Enfin le stérilet est choisi par 11% des utilisatrices[2]. Le fort pourcentage d'utilisatrices de la stérilisation n'est probablement pas étranger aux avatars de la pilule et du stérilet ni à l'absence d'une contraception douce et sûre.

La ligature des trompes: environ 30 femmes de 20 à 44 ans sur 100 utilisant une méthode contraceptive sont ligaturées. Pourtant de fortes présomptions associant à la ligature des trompes une hausse de la probabilité d'un cancer du col et de divers problèmes menant à

l'hystérectomie n'ont pas été invalidées, faute de recherches. Par ailleurs, de plus en plus de jeunes femmes sont ligaturées. Leur âge moyen est en effet de 28 ans. C'est pourtant dans ce groupe d'âge que l'irréversibilité de cette intervention est le moins bien acceptée[3].

Par ailleurs, les handicapées mentales et/ou leurs familles peuvent désirer une stérilisation par ligature des trompes et se heurter à la loi du Code civil qui décrète l'inviolabilité de la personne, invoquée par les médecins pour la refuser en général. Cependant cette intervention peut être une solution lorsque toutes les autres méthodes contraceptives ont été jugées insuffisantes. Ce cas particulier nécessite que des dispositions soient prises pour préserver les droits des individus concernés.

La pilule: des études américaines ont démontré que la prise de la pilule augmente le risque de contracter la chlamydia[4]. D'aucuns avancent que le plus grand nombre de partenaires sexuels des utilisatrices de méthodes contraceptives expliquerait ce plus grand risque. Par ailleurs, l'effet nocif de la pilule sur le système cardio-vasculaire de ses utilisatrices a été prouvé.

Le stérilet: il a été reconnu que cette méthode contraceptive augmente les risques d'infection et se solde fréquemment par l'infertilité féminine. Certains stérilets sont mis sur le marché sans tests suffisants.

Ainsi le stérilet Dalkon Shield a dû être retiré du marché, le risque d'infection pour l'utilisatrice étant 8 fois supérieur au risque prévu.

Le Depo Provera: il s'agit d'un médicament contraceptif administré par injection et dont l'efficacité peut atteindre 6 mois selon la dose prescrite. C'est actuellement le contraceptif dont l'usage présente le plus de risques pour la santé. Pour l'instant, le gouvernement fédéral n'en approuve l'utilisation que pour le traitement de l'endométriose et de deux types de cancer. Toutefois des pressions tentent d'en faire légaliser l'utilisation à des fins contraceptives. On sait par ailleurs qu'il est déjà administré au Québec comme contraceptif à des femmes en institution psychiatrique.

1.1.2 Le point de vue du CSF

Le CSF

-dénonce la prescription de contraceptifs durs et les interventions irréversibles trop fréquentes. Il préconise de subventionner des recherches en vue de découvrir une méthode contraceptive douce et sûre;
-demande que soit conservée la gratuité des services en planification des naissances, dont la stérilisation. Cette gratuité s'impose dans le cadre de la définition de la santé proposée par l'OMS à savoir un état complet de bien-être physique, mental et social;
-demande que cesse l'utilisation du Depo Provera et souscrit à ce sujet aux objectifs de la Coalition canadienne contre l'utilisation du Depo Provera à des fins contraceptives;
-s'inquiète du grand nombre de Québécoises âgées de 20 à 44 ans qui sont ligaturées ou le seront;
-déplore l'insuffisance de la recherche sur les conséquences d'interventions aussi courantes que la ligature

des trompes, le peu de souci pour la santé physique et psychique des femmes dont elle témoigne, la non-évaluation des coûts pour la société dans l'hypothèse où cette intervention entraînerait d'autres problèmes de santé;

-dans le cas des déficientes mentales, le CSF recommande que la stérilisation demeure une solution ultime. Que le cas échéant, elle ne puisse être pratiquée qu'avec le consentement d'un Conseil de la personne composé de la personne handicapée, d'un ou de ses parents, d'une personne provenant d'une association de parents et d'un(e) professionnel(le) connaissant ou traitant la personne handicapée.

1.2 L'avortement

1.2.1 L'accès aux services

L'accès aux services d'avortement est menacé. Un CLSC cessait récemment d'offrir de tels services à la suite de pressions. Les coupures budgétaires dans les centres hospitaliers peuvent toucher ces services qui ne sont pas jugés essentiels. Déjà à Montréal, l'offre de services s'est considérablement détériorée dans les dernières années. De plus, les centres de santé des femmes qui offrent des services en interruption de grossesse et dont le financement était déjà problématique, voient dans la diminution du paiement pour un tel acte une menace de plus à leur survie. Nous faisons ici référence à l'application d'une entente entre la RAMQ et la CPMQ en vertu de laquelle le paiement d'une anesthésie locale serait inclus au tarif de l'acte médical. Seule l'anesthésie régionale commanderait un paiement additionnel. Le litige porte sur le type d'anesthésie uti-

lisée lors d'un avortement, la RAMQ alléguant qu'il s'agit d'une anesthésie locale alors que les pratiquant-e-s facturaient l'anesthésie en sus (24$). Le Centre de santé des femmes de Montréal à lui seul subira une baisse de revenu annuel évaluée à 18 000$.

Les services offerts aux femmes handicapées physiques font voir l'autre côté de la médaille. Un rapport de recherche récent sur la condition des femmes handicapées révèle que celles-ci font souvent l'objet de pressions visant à les décourager d'avoir un enfant. "Des médecins livrent gratuitement des diagnostics d'incapacité de vivre une grossesse, d'accoucher et de prendre en charge l'enfant, sans expertise sérieuse et fouillée du potentiel des femmes à pouvoir enfanter. De plus, elles sont exclues de tous les programmes, services et politiques qui concernent la maternité et la périnatalité"[5]. Ces femmes ne jouissent donc pas du libre choix ni des services dont elles peuvent avoir besoin à cet égard.

1.2.2 Le point de vue du CSF

Selon le CSF, le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait poursuivre quatre objectifs relativement à l'avortement:

-le respect de la décision des femmes;
-l'accueil adéquat des femmes qui recourent à des services d'avortement, y inclus la possibilité d'obtenir une consultation psycho-sociale;
-la réduction maximale des délais entre la demande d'avortement et le service;
-des services d'avortement sans surmédicalisation et garantissant la santé des femmes;

Afin d'assurer l'accessibilité et la qualité des services d'avortement et pour favoriser la réalisation des objectifs énoncés ci-dessus, le CSF recommande:

-que le gouvernement fasse des pressions pour faire abroger les articles 251 et 252 du Code Criminel afin de décriminaliser l'avortement;
-que le ministère de la Santé et des Services sociaux oblige les hôpitaux qui ont accepté de mettre sur pied une clinique de planning familial à offrir des services d'avortement;
-qu'il développe des services de planning donnant des services d'avortement dans les CLSC, et cela d'abord dans les régions privées des services ou dont les services existants sont insuffisants;
-qu'il s'assure que des services d'avortement tardif (14-20 semaines), dont la technique spécifique nécessite une hospitalisation (accouchement par voie naturelle suite à l'injection de prostaglandine ou d'une solution saline), soient accessibles dans les services de planning des centres hospitaliers, offrant ainsi des services plus sûrs pour la santé physique des femmes qui y recourent le plus souvent à la suite d'une anomalie detectée tardivement chez le foetus;
-qu'il ait pour objectif dans le développement à long terme que les CLSC donnent des services d'avortement si l'hospitalisation n'est pas requise (avant 14 semaines) et les hôpitaux, des services pour les avortements tardifs nécessitant l'hospitalisation;
-que les centres de santé des femmes qui veulent offrir des services d'avortement puissent être financés à cet effet. La survie des centres existants et le développement de nouveaux centres de même nature, parce qu'ils constituent la réponse que les femmes ont donné au

problème du manque de services, apparaissent au CSF comme prioritaires; (voir annexe 1: Le financement des centres de santé pour femmes, CSF, mars 1986, 12 p.)

-qu'une bonne information sur les services d'avortement soit dispensée et que ceux-ci soient considérés comme des services essentiels;

-que les handicapées physiques jouissent aussi du libre choix et de services adaptés à leurs besoins relatifs à la maternité et à la périnatalité et que cesse la pratique consistant à décourager les femmes handicapées physiquement de vouloir enfanter.

1.3 Les maladies transmises sexuellement.

1.3.1 La situation

Les maladies transmises sexuellement (MTS) présentent un caractère épidémique et peuvent entraîner l'infertilité. On compte environ 125 000 Québécois atteints et 20% des femmes restent infertiles après une première salpingite[6]. Une femme sur deux nées après 1960 aura fait au moins une salpingite. D'ici l'an 2000, au minimum 10% des femmes seront infertiles[7]. Des mesures préventives s'imposent en conséquence.

Ces dernières années, on note une hausse de la chlamydia. Souvent asymptomatique chez les femmes, elle est reconnue comme un facteur important d'infertilité féminine au même titre que la gonorrhée mais avec une plus grande incidence[8]. Le CSF considère donc urgent que des recherches soient entreprises dans les plus brefs délais pour en faciliter le dépistage et le traitement et en connaître toutes les incidences sur la santé.

1.3.2 Le point de vue du CSF

Le CSF considère urgent de contrôler les MTS, et ceci serait rendu possible par:

-l'identification de services responsables du traitement et de la recherche sur le terrain, par exemple les cliniques de planification des naissances;
-l'existence de centres de recherche de fond voués au dépistage et au traitement des MTS, particulièrement de la chlamydia afin d'en saisir l'histoire naturelle encore mal connue;
-une bonne information et une sensibilisation plus grande de la population quant aux dangers inhérents à ces maladies;
-l'ajout de la chlamydia à la liste des maladies à déclaration obligatoire, lesquelles devraient d'ailleurs faire l'objet d'un suivi plus rigoureux.

1.4 Le diagnostic prénatal (DPN)

1.4.1 La situation

Les formes les plus utilisées de diagnostic prénatal sont l'échographie et l'amniocentèse.

L'échographie

Utilisée au début simplement en cas de besoin, sa pratique s'est généralisée alors que son innocuité n'était pas encore prouvée. Aujourd'hui une femme en subit en moyenne deux au cours de sa grossesse. L'échographie est de plus utilisée principalement pour recueillir des informations d'intérêt secondaire (âge, sexe du foetus) alors que les données essentielles qu'elle pourrait

révéler ne sont pas recueillies et analysées. Étant donné que des coûts importants sont reliés à cette pratique (la RAMQ a déboursé 2 366 390$ en 1984 pour 152 611 échographies, presque toutes liées aux 83 585 accouchements de cette même année), il est maintenant utile de s'interroger sur ses bénéfices réels. Il faudrait également s'interroger sur les difficultés que rencontrent certaines femmes qui désirent éviter cet examen en cours de grossesse.

L'amniocentèse

On est en droit de questionner la pratique actuelle de l'amniocentèse: sert-elle plus aux professionels/les qu'aux mères? Certains médecins subordonnent l'accès à ces examens à l'acceptation préalable des femmes à l'avortement si le foetus est "défectueux". D'autre part, il semble que les femmes ne soient pas adéquatement informées et ne reçoivent pas tout le support nécessaire au moment de faire ces choix, soit au sujet de l'examen lui-même, soit au sujet de la poursuite de la grossesse dans le cas d'un diagnostic positif.

DPN et traitement qualitatif des naissances

Avec le DPN, la question de l'eugénisme refait surface. Cette technique répond au désir d'un enfant parfait. Il suffit que l'on trouve une méthode qui ne heurte pas trop les croyances et les valeurs des gens pour que l'eugénisme devienne pratique courante[9].

1.4.2 Le point de vue du CSF

Le CSF demande que les femmes aient la liberté de refuser ou de demander le DPN; que des comités d'éthique soient mandatés pour en analyser les effets eugéniques de même que les implications de cette pratique pour les femmes; que des recherches visent à évaluer ses dangers sur la mère et l'enfant; que l'échographie cesse d'être un examen de routine; que les femmes soient informées sur le DPN, sur ses possibilités, ses limites et ses dangers; enfin, que l'on offre des supports collectifs plus substantiels aux personnes handicapées et à leur famille.

Le CSF demande également:

-que les fonds de recherche du gouvernement alloués à la recherche sur le DPN soient affectés spécifiquement à la recherche sur l'infertilité (dont les maladies transmises sexuellement) et sur les conséquences du recours au DPN pour la mère et l'enfant de façon à freiner le mouvement déjà engagé vers des pratiques eugéniques;

-que le gouvernement incite les organismes de recherche à adhérer à ces mêmes orientations.

Les intentions formulées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'effet de suspendre toute nouvelle intervention d'ici à la fin des travaux du comité interministériel sur les nouvelles technologies de la reproduction, rejoignent nos propres attentes.

1.5 La périnatalité

1.5.1 La situation

La pratique dans le domaine de la périnatalité accuse des faiblesses dont les femmes sont gravement victimes. L'on dénote un manque dans l'humanisation des soins, une hausse des interventions chirurgicales dont le nombre, pour les seules césariennes, est passé de 10% à 18.5% entre 1976 et 1984[10] et une médicalisation excessive (monitoring foetal, induction médico-chirurgicale du travail, provocation des naissances les jours ouvrables).

En ce qui concerne l'accréditation des sages-femmes, la loi accuse un retard sur la pratique. Des sages-femmes ayant reçu une formation pour pratiquer leur métier ne sont pas reconnues et pratiquent illégalement. Bien que leur accréditation soit demandée, aucun critère n'est établi pour ce faire. On n'offre pas non plus de cours de formation en ce domaine.

1.5.2 Le point de vue du CSF

En avril 1985, le CSF réagissait au document de consultation du ministère des Affaires sociales: "Projet de politique en périnatalité" (voir l'annexe 2: Réaction du CSF au document du MSSS intitulé: Projet de politique en périnatalité, CSF, juin 1985, 10 p.). Ce document proposait l'intégration de nouvelles attitudes et de nouvelles pratiques dans la formation des intervenants/es en périnatalité, ainsi que des cours de recyclage pour les intervenants/es déjà en place.

Le CSF appuie ces éléments de politique, mais souhaite qu'ils se concrétisent maintenant par un énoncé de politique ou un plan d'action gouvernemental. Il demande en outre que soit examiné le phénomène de la hausse des césariennes. Enfin, il réclame pour les sages-femmes le droit de pratique et une formation universitaire en ce domaine. L'on sait que les médecins s'y opposent de crainte de concurrence et préféreraient une formation de niveau collégial. Certaines infirmières craignent aussi la légalisation des sages-femmes.

1.6 L'infertilité et les nouvelles technologies de reproduction (NTR)

1.6.1 La situation

1.6.1.1 L'infertilité

Les nouvelles technologies de reproduction prétendent répondre à un problème d'infertilité chez les couples qui va croissant. Chez la femme, cette infertilité peut-être soit ovulaire, soit tubaire, soit cervicale. Environ 10 à 15% des causes de l'infertilité féminine demeurent inconnues.

Peu d'efforts sont consentis pour enrayer les maladies transmises sexuellement non plus qu'à redonner aux femmes leur fertilité. Les efforts de recherches actuels portent plus sur le palliatif que sur le curatif et le préventif.

Le traitement de l'infertilité gagnerait à être humanisé. Des femmes se plaignent du peu de respect des cliniciens envers elles et du manque d'information sur les

examens prescrits et les douleurs qu'ils occasionnent[11].

1.6.1.2 Les nouvelles technologies de reproduction

La fécondation extra-corporelle ou in vitro (FIV) et l'insémination artificielle sont des techniques palliatives. Elles traitent l'infertilité du couple mais non celle des individus.

La FIV comporte une longue séquence d'examens et d'interventions qui peuvent comporter des risques pour la santé. La stimulation hormonale, par exemple, visant la maturation de plusieurs ovules en même temps pour les prélever et les féconder in vitro est, de ce point de vue, suspecte. La séquence des interventions de FIV implique également des douleurs et effets secondaires et un stress psychologique très éprouvants pour certaines femmes, alors que les chances de réussite sont très faibles (les estimations les plus élevées sont de 20% de succès).

Alors que l'on accorde présentement peu d'intérêt à l'étude et à la prévention des causes d'infertilité, l'application clinique de la FIV à elle seule occasionne des coûts importants, non seulement pour la collectivité, mais également pour les femmes qui s'y prêtent et qui défraient environ 1 500$ par tentative en plus des frais de séjour pour les personnes de l'extérieur.

Quant à l'insémination artificielle avec donneur, les répercussions de cette pratique sur la vie familiale peuvent être négatives, advenant le cas où le père social assume difficilement la paternité d'un enfant dont

il n'est pas le père biologique, par exemple. La mère et l'enfant en subiraient forcément le contre-coup. Cet aspect semble évacué des préoccupations des chercheurs. L'anonymat des donneurs de sperme pose également un certain nombre de problèmes qui ont amené le gouvernement de Suède à en rejeter la pratique en 1985. Ici cette pratique perdure et les enfants issus de l'insémination artificielle se retrouvent sans possibilité de connaître leurs ascendants. Outre les problèmes psycho-affectifs qui peuvent en résulter, il faut envisager ceux de la méconnaissance de leur hérédité et du dossier médical de leurs ascendants, ainsi que les possibilités de consanguinité.

Soulignons que les embryons non réimplantés suite à une fécondation in vitro constituent un matériel intéressant aux fins de manipulations génétiques et que celles-ci pourraient devenir menaçantes.

1.6.2 Le point de vue du CSF

Sur la base de ces données, le CSF demande

-que l'on subventionne la recherche sur les causes, la prévention et le traitement de l'infertilité féminine et masculine;
-que des efforts se concentrent d'une part sur la prévention du problème en s'attachant par exemple à enrayer les maladies transmises sexuellement, d'autre part sur le traitement des MTS et de l'infertilité de façon à redonner aux personnes la fertilité qui leur permettrait de concevoir naturellement;
-que les femmes reçoivent toute l'information pertinente sur le traitement de l'infertilité et les examens qu'il sous-tend;

-que la dispensation des services soit faite dans le plus grand respect de la personne;
-que soit levé l'anonymat des donneurs de sperme;
-qu'un suivi des familles ayant recouru à ces services puisse être assuré.

Enfin, considérant que l'on ignore les répercussions des NTR en général et plus particulièrement de la FIV sur le corps des femmes et sur la maternité elle-même, ainsi que la pertinence pour la société de défrayer de tels services et considérant que les besoins essentiels de l'ensemble des femmes ne sont pas présentement satisfaits en matière de planification des naissances, de soins en périnatalité et de mesures de support à la maternité le CSF demande:

-que le gouvernement proclame l'arrêt de toute recherche ayant trait aux manipulations génétiques et rende illégal ce type de recherche;
-que le gouvernement se dote d'un mécanisme permettant d'interdire toute application pratique relative aux manipulations génétiques;
-que le gouvernement mandate les comités d'éthique pour qu'ils voient à l'application de ces recommandations;
-que le gouvernement maintienne un statu quo dans le niveau actuel de financement des recherches relatives aux NTR ainsi qu'en tout ce qui a trait aux pratiques cliniques et aux services actuellement offerts en insémination artificielle et en FIV.

Cette période de statu quo permettrait d'accorder le temps nécessaire à l'étude des problèmes soulevés plus haut et d'éviter d'avoir à composer avec des faits accomplis. Nous soulignons à nouveau la pertinence de

l'attitude adoptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à savoir la suspension de toute décision dans le domaine des NTR d'ici la fin des travaux du comité interministériel mandaté sur ces questions.

1.7 La ménopause

1.7.1 La situation

La ménopause représente une étape importante dans la vie d'une femme. Le phénomène est mal connu des professionnels/les, parce qu'il est peu abordé en cours de formation et parce que la recherche en ce domaine est insuffisante.

Elles-mêmes peu informées, les femmes ne sont pas en mesure de faire un choix éclairé quant à la pertinence d'un traitement hormonal, d'une diète, d'un changement d'habitudes de vie qui leur permettrait de prévenir ou d'atténuer leurs malaises comme les bouffées de chaleur ou l'ostéoporose.

1.7.2 Le point de vue du CSF

En janvier 1986, le CSF a publié une plaquette intitulée Tout sur la ménopause dans le but d'informer les femmes et les intervenants/es qu'elles consultent de cette réalité. La première édition tirée à 10 000 exemplaires vendue 4.95$ l'unité est déjà écoulée. Femmes et spécialistes devraient pouvoir y apprendre à distinguer les malaises liés à la ménopause des troubles résultant de changements personnels et familiaux qui surviennent souvent simultanément. Le CSF verrait d'un bon oeil que la Corporation professionnelle des médecins du Québec distribue cette plaquette à ses membres.

En bref, le CSF réclame:

-d'informer les femmes sur la ménopause;
-de former adéquatement les professionnels/les de la santé et les intervenants/es sociaux/ales en vue de les habiliter à répondre aux besoins des femmes en période de ménopause et ménopausées;
-d'initier des recherches visant à découvrir des méthodes préventives efficaces afin d'amoindrir les effets qui surviendront avec la ménopause et à évaluer les différentes approches non médicamenteuses en tant que solutions de rechange aux traitements hormonaux.

Chapitre 2: Les femmes, la santé mentale et la violence

Les conditions particulières de la vie des femmes ont, semble-t-il, des répercussions sur leur santé mentale et physique. Le CSF n'a pas effectué d'études approfondies en ce domaine et souhaite que la Commission Rochon comble cette lacune. La violence conjugale et les agressions à caractère sexuel dont elles sont les principales victimes constituent également des facteurs importants de leurs recours aux services en santé mentale.

2.1 La santé mentale et le suicide

2.1.1 La situation

Ce qui était dénoncé dans le domaine de la santé mentale en 1981 dans l'Essai sur la santé des femmes[12] est malheureusement, de l'avis des intervenantes du milieu qui ont été consultées, encore d'actualité: les femmes recourent en plus grand nombre que les hommes aux services en santé mentale et ce sont les femmes mariées qui consultent dans une plus grande proportion pour ce type de services alors que les hommes mariés consultent moins que les célibataires.

Les dépressions et les tentatives de suicide qu'elles entraînent souvent, la dépression post-partum, la surconsommation de médicaments sont rarement remises en question par les thérapeutes à la lumière de ce que vivent réellement les femmes.

La thérapie majoritairement confiée à des spécialistes, particulièrement à des psychiatres, vise plutôt à rendre les femmes conformes au modèle de référence de leurs

conjoints qu'à les aider à prendre conscience de leur réalité propre pour la modifier s'il y a lieu. Souvent la thérapie a pour effet de culpabiliser et de marginaliser les femmes faute de faire le lien entre leur situation spécifique et les problèmes qui en résultent.

Cette réalité accuse les lacunes de la pratique actuelle soit:

-l'inadéquation de la formation des intervenants/es en santé mentale;
-l'insuffisance de la recherche sur les liens entre les problèmes de santé mentale et de dépression et les tentatives de suicide;
-l'insuffisance des ressources communautaires au service des femmes en proie au suicide et la congestion des départements de psychiatrie des centres hospitaliers;
-la négligence de certains intervenants qui prolongent la prescription de médicaments à leurs patientes alors qu'elles ont utilisé ceux-ci à des fins suicidaires[13];
-la surmédicalisation des femmes.

2.1.2 Le point de vue du CSF

En 1983, le CSF produisait un document intitulé Commentaires relatifs à l'avis sur la prévention du suicide du comité de la santé mentale. Nous référons les commissaires à ce document malheureusement encore valable (voir l'annexe 3).

En effet, l'absence d'amélioration notable dans le diagnostic et le traitement des femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale rend plus que jamais pertinentes les recommandations qui y étaient contenues.

2.2 Les femmes victimes de violence conjugale

Le CSF a fait connaître ses commentaires sur le rapport de politique d'intervention en matière de violence conjugale présenté par le ministre de la Justice le 10 septembre 1985 (voir à l'annexe 4).

En mars 1986, le ministère de la Justice rendait public sa Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Tout en souscrivant aux objectifs de ce document, le CSF tient à rappeler l'importance d'une parfaite concertation de l'action de tous/tes intervenants/es impliqués/es, concertation essentielle si l'on veut atteindre l'objectif d'une intervention adéquate en matière de violence conjugale et à rappeler également que le support à la victime devrait se concrétiser par des directives fermes et précises à l'intention des policiers et des substituts du procureur général. Le CSF déplore que le ministère n'ait pas nommé expressément les intervenantes des maisons d'hébergement pour femmes et enfants en difficulté comme ressources, en regard de leur expertise, en vue de l'élaboration du programme de traitement des conjoints violents et insiste encore une fois pour qu'on les y associe.

Pour répondre aux besoins des femmes battues et pallier l'insuffisance du nombre des centres d'hébergement et des ressources des CLSC en ce domaine, le CSF préconise que les CLSC développent prioritairement de l'expertise pour leur venir en aide. Le Guide d'intervention auprès des femmes violentées produit par la Corporation des travailleurs sociaux du Québec leur serait un outil très utile[14].

2.3 Les femmes victimes d'agression sexuelle

2.3.1 La situation

Le problème des agressions sexuelles dont les femmes sont les principales victimes a fait l'objet, suite à la Politique d'ensemble, de mesures élaborées par le CSF en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Justice et la Corporation professionnelle des médecins du Québec. Il s'agit du Guide d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle actuellement en usage dans les centres hospitaliers du Québec. Il comprend un protocole d'intervention et une trousse médicale. Sans aucun doute, il a permis à tous les intervenants (policiers, CALACS, et intervenants du milieu médical) de développer une plus grande sensibilité envers les victimes.

Récemment, un comité interministériel a réévalué cet outil et a pu constater la difficulté pour une victime d'être accueillie convenablement dans le contexte de la salle d'urgence d'un centre hospitalier. Au cours de leur formation, les intervenants/es, malgré les efforts du ministère de la Santé et des Services sociaux, n'ont pas toujours appris à utiliser correctement le matériel, à savoir les formulaires et la trousse. L'accès aux services se trouve limité par l'insuffisance de ressources.

2.3.2 Le point de vue du CSF

Le CSF demande qu'une formule soit recherchée afin que les victimes d'agression sexuelle soient accueillies avec égard, dans un environnement approprié, par une

équipe multidisciplinaire expressément formée; que des efforts additionnels soient consentis à la formation des intervenants/es utilisant le guide d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle et que la Corporation professionnelle des médecins du Québec forme enfin ses membres à l'utilisation de la trousse et du guide; que des services de qualité accessibles soient offerts aux victimes; enfin qu'une formule de financement stable soit instaurée pour assurer l'autonomie, la consolidation et le développement du réseau des ressources alternatives (à l'annexe 1: Un avis sur le financement des groupes de services pour les femmes soumis par le C.S.F. à la ministre de la Condition féminine, madame Monique Gagnon-Tremblay).

Chapitre 3: Certains problèmes vécus par les jeunes

3.1 Les abus sexuels et physiques à l'égard des enfants

Beaucoup d'enfants sont encore victimes de négligence, de violence ou d'abus sexuels dont l'inceste n'est pas le moindre. Les séquelles psychologiques et quelquefois physiques dont les enfants maltraités porteront les traces sont une grave réalité. Le CSF vient de terminer une recherche sur cette question intitulée Rapport et propositions sur la prévention des abus sexuels à l'égard des enfants à laquelle il renvoie les commissaires (annexe 5).

3.2 L'éducation sexuelle chez les jeunes

3.2.1 La situation

C'est de plus en plus précocement que les adolescents ont leurs premières expériences sexuelles. Pour la majorité, c'est entre 13 et 15 ans. Il semble que les filles continuent de se conformer au modèle de libération sexuelle et de consentir à des relations sexuelles non désirées. Dans cette catégorie de la population, les maladies transmises sexuellement font des ravages. En 1980, 50% des cas de gonorrhée au Québec se retrouvaient chez les 15 à 24 ans[15]. Le nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes est très élevé. On l'évalue à environ 9 000 par année chez les filles de 10 à 19 ans. Ces faits trouvent une explication dans l'instabilité sexuelle chez les adolescents/es, dans la difficulté de sensibiliser les jeunes à la contraception et aux maladies transmises sexuellement, et enfin dans la pénurie de services dans les écoles secondaires et

les polyvalentes quant à la planification des naissances et aux maladies transmises sexuellement. Les cliniques de planning des centres hospitaliers et les CLSC, en plus de n'être pas à proximité pour tous et toutes, n'offrent pas nécessairement d'intervention spécifique auprès des jeunes.

3.2.2 Le point de vue du CSF

Soucieux d'assurer aux jeunes une éducation sexuelle adéquate indispensable à toute planification des naissances, le CSF demande:

-que le programme de formation personnelle et sociale en voie d'implantation au niveau secondaire comporte de l'information complète sur la contraception, les MTS ainsi qu'une sensibilisation aux conséquences des MTS; qu'une attention spéciale soit portée à la manière de dispenser cette information en vue d'atteindre les buts visés;
-que les écoles offrent des services d'encadrement pour diriger les élèves vers les ressources existantes;
-enfin que les centres hospitaliers et les CLSC développent un type d'intervention spécifique aux jeunes.

3.3 Les grossesses chez les adolescentes

3.3.1 La situation

On évalue à environ 9 000 par année le nombre de grossesses chez les filles de 10 à 19 ans. La quasi-totalité des grossesses chez les adolescentes ne sont pas désirées. Un nombre grandissant d'adolescentes choisissent de se faire avorter. Le nombre d'avortements

pour ces jeunes filles s'est accru de 100% entre 1976 et 1982, passant de 1 942 à 3 790 et représentait 15,4% des avortements pratiqués au Québec en 1982. Et, "qu'elle soit désirée ou non, la grossesse, pendant l'adolescence, constitue un problème à la fois biologique et social; elle comporte en effet des risques importants, surtout chez les très jeunes mères, pour leur santé et celle de leur enfant. Elle va souvent bouleverser les relations de l'adolescente avec son milieu, sa famille, ses amis. Dans bon nombre de cas, les études sont compromises et les mères adolescentes se retrouvent dans un état de dépendance économique (souvent à l'aide sociale) dont elles sortent difficilement"[16].

Les supports actuellement offerts aux adolescentes enceintes et aux jeunes mères sont insuffisants. De même les recherches en vue de développer des stratégies pour leur donner l'information nécessaire et le support adéquat au moment de la prise de décision de poursuivre ou non la grossesse, ou lorsqu'elles gardent l'enfant sans appui financier, matériel et psychologique.

La diminution du nombre de grossesses non désirées chez les adolescentes constitue l'un des objectifs du rapport publié par le Conseil des Affaires sociales et de la Famille en avril 1984: Objectif: santé, rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé. Le CSF souscrit à cet objectif.

3.3.2 Le point de vue du CSF

Le CSF demande:

-que l'éducation sexuelle à l'école vise aussi la diminution du nombre de grossesses chez les adolescentes;

-que de la recherche soit effectuée sur les moyens à privilégier pour atteindre les adolescentes enceintes et leur offrir les services les plus efficaces quelle que soit leur décision;
-que les adolescentes enceintes et les jeunes mères aient accès à des services suffisants.

CONCLUSION

Nous avons identifié des domaines où des recherches restent à effectuer. Et, bien que nous demandions le maintien et le soutien de certains services en vue de suffire à la demande, nous nous opposons à la prolifération des domaines d'expertise, privilégiant plutôt l'autonomie des personnes face à leur santé. C'est pourquoi nous tenons à mettre en garde contre la surmédicalisation, contre la tendance à techniciser la vie privée, contre la tendance à promouvoir la surconsommation de services et enfin contre le maintien d'une relation de dépendance de l'usager/ère envers l'expert/e.

Nous souhaitons que la santé soit considérée comme un acquis à préserver et, qu'en ce sens, l'accent soit mis sur la prévention, alors que jusqu'à maintenant, le système a principalement axé ses ressources sur le curatif et que le type de prévention qu'il privilégie consiste en une batterie de tests de dépistage imprégnés du même modèle de rapport aux experts. La philosophie de l'intervention doit être modifiée ainsi que la façon d'offrir les services et d'attribuer les ressources, en évitant toutefois que l'État ne se désengage et que les femmes n'écopent des responsabilités dévolues à l'État. Il faudrait, par exemple, mettre en place des ressources qui vont supporter la désinstitutionnalisation dans le dossier de la santé mentale. Certaines campagnes d'information publique voient le jour mais, la pratique ne leur fournissant pas le suivi pertinent, elles ont malheureusement peu d'impact sur la modification des habitudes de vie de la population.

Nous préconisons une plus grande participation de la population aux décisions et plus particulièrement au niveau des services de première ligne. C'est ainsi que la composition du personnel des conseils d'administration devrait mieux refléter les communautés culturelles de leur milieu.

SECTION II

LES PROBLÈMES DE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le financement des services de santé et des services sociaux, selon le mode retenu et la répartition des ressources allouées, peut remettre en cause des principes essentiels et soulever des problèmes particulièrement aigus pour les femmes.

Revoir le financement de ces services, surtout dans le contexte économique actuel, s'impose. Et le souci d'efficacité d'une telle révision implique une rationalisation.

La notion de gratuité

Au Québec, l'on parle de la gratuité acquise suite à l'instauration de l'assurance-hospitalisation, de l'assurance-maladie et de d'autres types de services dispensés "gratuitement". Or, ce ne sont pas des services "gratuits". Il faut bien voir que les coûts sont répartis dans la population non pas en fonction de l'utilisation mais en fonction des revenus. Ils sont financés à même les prélèvements fiscaux sur les revenus. Mais les montants exacts dévolus n'apparaissent pas sous une rubrique spécifique qui permettrait aux contribuables d'en réaliser le coût réel. Le maintien de cette forme de financement indépendant de l'utilisation est essentiel. Mais il l'est tout autant d'informer et de sensibiliser la population du coût réel engendré lorsqu'elle utilise un service "gratuit", d'autant que ce coût augmente rapidement. Le président de la RAMQ, monsieur A. Mockle, prévoit un coût de 3 milliards vers 1991.

Le rapport de dépendance patient/e expert/e

Amener les personnes à se prendre en charge face à leur santé pourrait produire une baisse dans la demande. À cette fin, des campagnes d'information publique dans les médias en vue d'éduquer la population aux questions de santé et de favoriser la promotion d'habitudes de vie saines seraient utiles. Le rapport à l'expert pourrait alors être vécu de façon égalitaire et la consommation de services réduite à la satisfaction des besoins réels.

Tout en gardant à l'esprit le maintien de la gratuité et une plus grande autonomie des personnes face à leur santé, on rappellera dans un premier temps des principes acquis dont le respect paraît aujourd'hui menacé. Certains facteurs explicatifs de la hausse des coûts seront ensuite identifiés. Par ailleurs les implications des compressions budgétaires sur les travailleuses de la santé et sur les femmes en général sont nombreuses et il convient de les envisager. Il faut soulever aussi le problème du financement des ressources alternatives et examiner l'allocation des ressources.

Chapitre 4: Des principes à préserver

La gratuité des services de santé, leur accessibilité et leur qualité sont particulièrement importantes pour les femmes. L'anatomie féminine et les conditions de vie des femmes font en sorte que la demande émanant d'elles est supérieure à la demande masculine. Pauvres en général, elles seraient durement touchées par la non-gratuité.

Les femmes constituent la principale main-d'oeuvre dans ce secteur, généralement dans des postes subalternes, d'infirmières et d'employées de bureau pour la plupart. Des compressions budgétaires, en plus de constituer une menace pour leur emploi, alourdissent leur travail professionnel et risquent à la limite de compromettre la qualité des services offerts.

Garantes des soins de santé au sein de la famille, les femmes pourraient aussi voir leurs tâches domestiques augmentées si les compressions avaient pour conséquence de transformer en services ambulatoires des services qui antérieurement nécessitaient l'hospitalisation.

Il est donc essentiel que certains principes reconnus pendant les années soixante soient préservés à savoir que ces services relèvent du domaine public et non du privé, qu'ils se doivent d'être suffisants, universels et gratuits et enfin accessibles et de qualité. Il est à craindre que les orientations actuelles remettent en cause le respect de ces principes. La privatisation, les frais modérateurs, la surfacturation, le désengagement de même que les compressions budgétaires compromettent l'actualisation de ces principes.

4.1 Un réseau public universel et gratuit

L'intérêt de disposer d'un réseau public réside dans le fait que les choix d'orientation et de développement des services relèvent alors de la responsabilité publique. Les autorités politiques doivent être en mesure de rendre compte publiquement de l'administration du système de santé. C'est du moins ce qu'on attend d'un système démocratique. Il est vrai que la réalité en la matière n'est pas toujours à la hauteur des attentes mais il serait préférable que des aménagements soient apportés au système public actuel plutôt que de le soustraire au droit de regard de la population en le privatisant.

Ce réseau public doit dispenser des services gratuits afin d'en assurer l'accessibilité à tous, l'universalité étant un élément de base en vue d'un consensus social. En effet, les Québécoises et les Québécois acceptent de défrayer les coûts du système de santé dans la mesure où ils peuvent en bénéficier sans frais lorsqu'ils y recourent. On ne peut d'ailleurs présumer que l'introduction de frais modérateurs freinera la demande en services thérapeutiques, l'analyse classique de l'offre et de la demande ne s'appliquant pas intégralement dans le cas des problèmes de santé comme certaines expériences en témoignent.

En Californie, l'introduction de frais modérateurs s'est traduite par une baisse de la demande en services préventifs, par exemple du test de Papanicoleanou qui permet de déceler dès ses débuts un cancer au col de l'utérus, test que l'on recommande de passer une fois l'an aux femmes sexuellement actives.

Par ailleurs, l'offre elle-même peut être modifiée à la hausse. Les praticiens, dans la mesure où ils induisent

des actes, peuvent jouer un rôle prépondérant dans l'augmentation des coûts de santé. L'introduction de frais modérateurs pourrait en amener certains à tenter de compenser le manque à gagner en pratiquant des actes plus coûteux. Cette situation semble avoir prévalu en Saskatchewan où l'on a pu observer, suite à une telle mesure, un déplacement de la pratique vers des actes plus onéreux.

Quant à la surfacturation et au désengagement, parce qu'ils remettent en cause l'accessibilité universelle des soins de santé, on s'y oppose formellement.

Quoique cinq types de services soient remboursables par la RAMQ (certains soins dentaires, médicaments pour certaines clientèles, etc.), seuls les services médicaux seront abordés ici. La RAMQ ne rembourse un acte que s'il est dispensé par un médecin et médicalement requis. Cette formulation établit des limites de deux ordres: soit en fonction de la formation de la personne qui le pratique et en fonction de l'acte lui-même.

Le développement des médecines alternatives, quoique l'usager/ère doive en assumer les frais, témoigne de l'insatisfaction de nombreux individus à l'endroit de la médecine traditionnelle.

Les soins en chiropratie, en homéopathie, en ostéopathie, etc. ne sont pas encore défrayés par l'État; le règlement passé pour l'acupuncture en juin 1985 établit une pratique qui équivaut à tutéliser l'acupuncture. Cette quasi exclusivité accordée par l'État à la médecine orthodoxe est questionnable. L'absence de concurrence à cette médecine n'aide pas à corriger le fréquent

manque de respect des médecins envers les patients et les lacunes quant à l'information de ceux-ci. Elle n'incite guère non plus à une approche globale de la personne, approche qui permettrait souvent d'aider à résoudre un grand nombre de problèmes de santé.

4.2 Les services du réseau public

Sans exiger que l'État instaure dès maintenant une politique de remboursement des personnes pratiquant une médecine douce, la grande popularité de ce type d'approche justifie des actions pour en assurer la qualité et l'accessibilité. Il est souhaitable en effet que les personnes désireuses d'y recourir puissent être confiantes dans la qualité des soignants. Celle-ci pourrait être assurée par un encadrement plus rigoureux de la formation dans le domaine, et il serait légitime d'entreprendre des actions en ce sens. De plus, l'initiative de certains CLSC d'engager à leur service des praticiens en médecines douces offre l'avantage de permettre à la population qui préfère ces médecines d'y avoir accès gratuitement. En ce sens, il serait bon de soutenir ce genre d'initiatives.

Quant à la définition d'actes "médicalement requis", elle aurait intérêt à être précisée. Le récent jugement de Cour au sujet du remboursement de la vasectomie par la RAMQ l'a prouvé. Les modifications que la ministre responsable, madame T. Lavoie-Roux, a promis d'apporter à la loi devront, pour être satisfaisantes, rendre remboursable, par la RAMQ, toute consultation ou intervention pour fins de planification des naissances.

En ce qui concerne les nouvelles technologies de reproduction, non remboursées par la RAMQ pour l'instant, il nous apparaît primordial que le gouvernement décrète un moratoire sur la question de leur financement par la RAMQ tant que leurs enjeux pour les femmes n'auront pas été clairement circonscrits.

Chapitre 5: Certains facteurs explicatifs de la hausse des coûts

La hausse des coûts résulte de plusieurs facteurs et l'instauration de frais modérateurs ne garantit pas un effet à la baisse. L'analyse de la situation par la Commission gagnerait à se pencher sur certaines pratiques relatives aux traitements induits par les soignants ainsi que sur la rémunération à l'acte.

5.1 Des services induits par les soignants

Le problème est-il un problème de surconsommation des services ou de surdistribution? Notre culture qui entretient un modèle de dépendance par rapport aux professionnels/les de la santé a sa part de responsabilité. On persiste à s'en remettre à la science et à la technologie médicale comme moyens tout puissants pour vaincre la maladie et repousser l'échéance de la mort. Or la science connaît des limites. La promotion d'habitudes de vie saines, la dénonciation du stress et de la pollution et l'incitation à l'autonomie des personnes face à leur santé auraient des chances d'enrayer l'escalade des coûts. Si l'on songe que près de 50% des coûts en santé sont induits par les soignants[17], comme par exemple l'hospitalisation et les interventions chirurgicales, il y a de quoi s'inquiéter. Ces décisions sont sans doute généralement fondées mais c'est à vérifier.

Le phénomène récent du pourcentage élevé des césariennes en particulier autorise à suspecter les interventions médicales d'outrepasser les besoins des patientes, sans compter qu'elles peuvent même compromettre leur santé.

Le fait de s'attaquer aux symptômes plutôt qu'aux causes développe souvent une clientèle captive. Dans le domaine de la santé mentale, le phénomène est flagrant.

La surmédicamentation des femmes et des personnes âgées est non seulement préjudiciable à leur santé mais elle entraîne aussi des coûts sociaux. Le coût des médicaments prescrits aux bénéficiaires d'aide sociale et aux personnes âgées est en effet défrayé par l'État.

Il ne faut pas sous-estimer l'importance d'étudier le problème sous cet angle. Il y va non seulement des coûts, mais de l'intégrité et de la santé des personnes.

5.2 La rémunération à l'acte

Parce qu'elle influe sur la pratique, la rémunération à l'acte est problématique. Au Québec, le nombre des médecins augmente alors que la population est plutôt stable. Or la rémunération des médecins est fonction du nombre d'actes posés. Et l'on sait que, de par leur rôle, les médecins sont souvent ceux qui initient les actes médicaux. Étant donné l'augmentation prévue du nombre de soignants, sauront-ils échapper à la tentation de poser plus d'actes afin de préserver de hauts niveaux de revenus? Déjà des liens ont été établis et dénoncés entre le nombre supérieur de chirurgiens dans une région donnée et l'excès d'interventions chirurgicales dans cette même région par rapport à sa population. Récemment le docteur Mockle, président-directeur général de la RAMQ le confirmait: "la rémunération à l'acte a des conséquences "inflationnistes"".

De nombreux/euses intervenants/es spécialisés/es en maladies transmissibles sexuellement attribuent à ce mode de rémunération une part de responsabilité quant à la prolifération de ces maladies: peu de temps consacré à la formation continue, peu d'information transmise aux patients/es sur les dangers inhérents et peu d'efforts consentis à la recherche de contacts (partenaires sexuels possiblement contaminés).

5.3 La technologie médicale

Nul doute que la technologie médicale se raffine et que bien des personnes atteintes de maux autrefois mortels peuvent être sauvées. Le coût d'une chirurgie à coeur ouvert est d'environ 10 000$ à 12 000$, celui d'une greffe de coeur de l'ordre de 100 000$, celui de la dialyse à l'hôpital d'environ 40 000$ par année pour chaque patient[18]; c'est donc dire que cette technologie est coûteuse. Il serait intéressant de connaître le coût réel d'une fécondation in vitro se terminant par une grossesse à terme, étant donné le faible taux de réussite au Québec.

Cette nouvelle technologie médicale nécessite l'achat d'équipements sophistiqués et coûteux, certainement pas étranger à la hausse des coûts. Il faudrait peut-être questionner la pertinence de ces dépenses en fonction des objectifs. La promotion et la compétition des chercheurs entre eux, l'allocation de ressources en vue du traitement d'une minorité de personnes sont-elles justifiables alors que des problèmes courants comme la prolifération des maladies transmises sexuellement sont méconnus?

Chapitre 6: Les compressions budgétaires et leurs effets

6.1 Sur les travailleuses de la santé

Le monde médical recèle une division sexuelle du travail. Les médecins sont majoritairement masculins[19] alors que 70% du personnel syndiqué du réseau des services sociaux est féminin.

La désaffection face à la profession infirmière que la pénurie d'infirmières et la difficulté de recrutement en certains endroits laissent pressentir ne serait-elle pas liée à la détérioration des conditions de travail de celles-ci? De 1978 à 1981, le travail à temps partiel chez les infirmières a connu une hausse de 24% alors que le travail à temps plein diminuait de 5%[20].

On reproche aux travailleuses un certain désintéressement alors que les personnes hospitalisées sont des cas de plus en plus lourds et que les équipes volantes ne sont pas familières avec les dossiers des patients-es. Nous craignons que des conditions de travail trop difficiles pour les travailleuses aient des répercussions néfastes sur la qualité des soins et des services. Jusqu'où pourra-t-on aller sans compromettre la sécurité des patients-es?

C'est dans un souci de maintenir la qualité des soins que le C.S.F. demande que les conditions de travail des travailleuses de la santé soient révisées. Pas plus que les patients-es, elles ne doivent faire les frais de compressions budgétaires imposées aux centres hospitaliers sans une planification préalable qui en assurerait

la faisabilité dans le respect du droit au travail des femmes et du droit des personnes à recevoir les soins que la société peut procurer.

6.2 Leurs conséquences sur la responsabilité des femmes

Le comité interministériel sur les causes structurelles de l'évolution des coûts hospitaliers soulignait dans son rapport de mai 1985 que des interventions qui nécessitaient l'hospitalisation sont actuellement pratiquées en clinique externe. "En 1979, 82,3% des services médicaux étaient dispensés sur une base ambulatoire alors que cette proportion est passée à 84,3% en 1984. Quant aux actes chirurgicaux sur une base ambulatoire, leur proportion est passée de 59,9% en 1979 à 67,3% en 1984" (p.18).

Parmi les conséquences des compressions budgétaires dans les services de santé et les services sociaux, entre autres la réduction des services de support et d'hébergement des personnes âgées ou handicapées, notons que ce sont des femmes qui seront mobilisées au chevet d'une personne alitée à la maison, et qu'elles devront faire face à un obstacle additionnel à leur entrée sur le marché du travail.

C'est pourquoi le CSF faisait récemment des recommandations au gouvernement dans l'avis La condition des femmes au regard de la famille, Considérations du CSF touchant le document de consultation sur la politique familiale, (à l'annexe 6) auquel nous référons les commissaires, particulièrement aux pages 19 à 22.

6.3 Sur les services offerts

Les femmes pauvres vivant en milieu rural ont un accès très limité à l'avortement et les compressions sont en train de réduire de tels services en milieu urbain. Également, les laboratoires des hôpitaux ne peuvent plus répondre à certaines demandes de l'extérieur dans le domaine de la prévention: l'inaccessibilité des tests de dépistage de la chlamydia, laquelle cause l'infertilité féminine dans environ 25% des cas après une première infection, en est un bon exemple.

Chapitre 7: La répartition des ressources

7.1 Le préventif et le curatif

Dans un document intitulé Le système de santé et des services sociaux au Québec, Annexe statistique publié en 1985 par le MSSS, on apprend que la part des dépenses consacrées au secteur "prévention et amélioration" à l'intérieur du domaine "Santé et adaptation sociale" est passée de 5,5% en 1975-76 à 4,7% en 84-85. Il y a lieu de s'étonner de ce recul alors qu'une meilleure prévention diminuerait les coûts totaux en santé.

La prévention ne doit pas se borner au dépistage de la maladie. Le CSF estime qu'une prévention efficace devrait comprendre des programmes d'information et d'éducation dans le domaine de la santé, ainsi qu'un objectif de transformation des conditions de travail néfastes à la santé, afin de réduire la dépendance des personnes en modifiant leur rapport avec le système des soins.

7.2 Le choix des domaines de recherche

Actuellement la recherche médicale est dispersée dans différents centres hospitaliers et universitaires, et les activités de recherche souvent dédoublées d'un centre à l'autre. La recherche est aussi subordonnée à l'initiative de chercheurs autonomes parfois plus soucieux de notoriété que de trouver des solutions à des problèmes de santé graves et concernant beaucoup de monde.

Le désir de promotion des chercheurs et la compétition entre les centres se traduisent par une recherche de

pointe dans certains domaines (NTR par exemple) alors que l'importance de s'attaquer à des problèmes majeurs (la contraception, les MTS, l'infertilité, la ménopause, la santé mentale, les grossesses à risques) est fréquemment sous-estimée. Non seulement il en résulte une inadéquation des services mais également les coûts de la santé sont augmentés (dépendance de la clientèle, surmédicamentation, double emploi de la recherche, aggravation de l'état des patients etc).

CONCLUSION

La volonté toujours plus grande d'assurer des services de santé adéquats et accessibles engendre des coûts supplémentaires. Des remèdes existent pour en limiter la croissance. Toutefois, tous les facteurs de coût devront être pris en considération pour éviter de faire porter entièrement aux usagers/ères la responsabilité de cette situation. Il faut, bien sûr, informer ces derniers/ères du coût des services qu'ils/elles utilisent mais il importe également de réviser le mode de rémunération des médecins afin que ceux qui prennent des décisions quant aux soins dispensés le fassent dans le seul intérêt des personnes traitées. Il faudrait réviser notre rapport à la santé, réaffirmer la promotion de la santé et non celle de la médecine et de sa pratique, autrement dit mettre l'accent sur la prévention.

Afin de préserver l'accessibilité des services à tous, il faut conserver un réseau public gratuit. La recherche autant que les services de santé et les services sociaux dispensés doivent répondre adéquatement aux problèmes identifiés.

RECOMMANDATIONS

Il est à noter que toutes les recommandations apparaissant au texte n'ont pas été reprises ici. Nous suggérons au/à la lecteur/trice de consulter le texte pour obtenir un portrait plus complet.

1- RELATIVES AU FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le CSF recommande:

.Quant à la contraception

que les recherches favorisent le développement de méthodes contraceptives temporaires "douces" et fiables et que leur mise en marché soit précédée d'essais cliniques sérieux. Que les consultations et les interventions pour fins de contraception demeurent gratuites;

que la stérilisation non thérapeutique des personnes déficientes mentales majeures ne puisse être réalisée sans le consentement d'un Conseil de la personne.

.Quant à l'avortement

que le gouvernement exerce des pressions afin de faire décriminaliser l'avortement concrétisant le libre choix des femmes à cet égard en rendant ces services accessibles à toutes dans les délais les plus courts possible entre la demande d'avortement et l'intervention elle-même.

.Quant aux maladies transmises sexuellement (MTS)

que des fonds soient accordés à la recherche fondamentale relative aux MTS, que des organismes soient nommés

responsables de leur traitement et de la recherche sur le terrain et, enfin, que la population, notamment les jeunes, soit informée des dangers inhérents à ces maladies.

.Quant au diagnostic prénatal

que les fonds de recherche du gouvernement alloués à la recherche sur le DPN soient affectés spécifiquement à la recherche sur l'infertilité dont les maladies transmises sexuellement et sur les conséquences du recours au DPN pour la mère et l'enfant de façon à freiner le mouvement déjà engagé vers des pratiques eugéniques; que le gouvernement incite les organismes de recherche à adhérer à ces mêmes orientations; que le gouvernement veille à ce que les femmes soient libres d'accepter ou de refuser l'utilisation des techniques reliées au DPN.

.Quant à la périnatalité

que le gouvernement adopte une politique en périnatalité mettant de l'avant l'humanisation des soins, l'accréditation des sages-femmes, ainsi qu'un questionnement sur le nombre des césariennes.

.Quant à l'infertilité

que l'on subventionne la recherche sur les causes, la prévention et le traitement de l'infertilité féminine et masculine; que des efforts se concentrent d'une part sur la prévention du problème en s'attachant par exemple à enrayer les maladies transmises sexuellement, d'autre part sur le traitement des MTS et de l'infertilité de façon à redonner aux personnes la fertilité qui leur permettrait de concevoir naturellement; que les femmes

reçoivent toute l'information pertinente sur le traitement de l'infertilité et les examens qu'il sous-tend; que la dispensation des services soit faite dans le plus grand respect de la personne; que soit levé l'anonymat des donneurs de sperme; qu'un suivi des familles ayant recouru à ces services puisse être assuré.

.Quant aux nouvelles technologies de reproduction (NTR)

que le gouvernement proclame l'arrêt de toute recherche ayant trait aux manipulations génétiques et rende illégal ce type de recherche; que le gouvernement se dote d'un mécanisme permettant d'interdire toute application pratique relative aux manipulations génétiques; que le gouvernement mandate les comités d'éthique pour qu'ils voient à l'application de ces recommandations; que le gouvernement maintienne un statu quo dans le niveau actuel de financement des recherches relatives aux NTR ainsi qu'en tout ce qui a trait aux pratiques cliniques et aux services actuellement offerts en insémination artificielle et en FIV.

.Quant à la ménopause

que les médecins soient formés en ce domaine; que des recherches soient entreprises en vue de découvrir des méthodes préventives efficaces relativement aux effets de la ménopause; que soient évaluées les différentes approches non médicamenteuses en tant que solutions de rechange aux traitements hormonaux; que l'on use à bon escient des traitements hormonaux; que des efforts considérables soient consentis en vue d'informer les femmes sur la ménopause.

.Quant à la santé mentale et au suicide

que la formation des intervenants/es oeuvrant en santé mentale mise sur l'autonomie des femmes comme sujets libres et responsables; qu'elle fasse état des ravages causés par l'abus de psychotropes; que les pratiques alternatives en santé mentale et les thérapies visant à développer l'autonomie des femmes soient valorisées.

.Quant à la violence conjugale

que l'expertise développée par les centres d'hébergement pour femmes battues soit intégrée à la formation des intervenants/es et mise à profit dans l'élaboration du programme de traitement des conjoints violents; que les CLSC développent de l'expertise en ce domaine et soient dotés des ressources suffisantes pour agir.

.Quant aux femmes victimes d'agression sexuelle

que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que tous les intervenants/es en ce domaine ont reçu la formation nécessaire à l'utilisation du guide d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle et que les victimes reçoivent des services gratuits et de qualité; que la Corporation professionnelle des médecins du Québec fasse enfin la formation de ses membres en cette matière.

.Quant à l'éducation sexuelle

que le programme de formation personnelle et sociale englobe la contraception, les MTS et leurs conséquences ainsi qu'une analyse des rapports entre jeunes relativement aux relations sexuelles et qu'une attention parti-

culière soit portée à la manière de dispenser l'information; que les écoles offrent un service d'encadrement des élèves eu égard à ces questions et que les centres hospitaliers et les CLSC développent un type d'intervention spécifique aux jeunes.

.Quant aux grossesses chez les adolescentes

que les adolescentes enceintes et les jeunes mères aient accès à des services adéquats quelle que soit leur décision et que de la recherche soit effectuée en vue de permettre aux intervenants/es de leur venir en aide le plus adéquatement possible.

2- RELATIVES AU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

le CSF recommande:

.Quant au rapport patient/e expert/e

que des programmes de promotion, d'information et d'éducation dans le domaine de la santé visent la transformation du rapport de dépendance des usagers/ères face aux experts/es dans le sens d'une prise en charge par les personnes de leur santé. Cela commande un réalignement de la pratique.

.Quant à l'accès des services

que soit maintenu un réseau public de santé et de services sociaux universel et gratuit. Nous nous opposons à l'instauration de frais modérateurs, à la surfacturation et à la possibilité de désengagement. Nous sous-

crivons dans une large mesure à la théorie attribuant à la rémunération à l'acte et à la pratique actuelle la grande part de la hausse des coûts.

.Quant aux conditions de travail des travailleuses de la santé

que le gouvernement mette fin à la détérioration des conditions de travail des travailleuses de la santé sans quoi nous craignons que des répercussions néfastes sur la qualité des soins et des services ne surviennent.

.Quant à la responsabilité de l'État vis-à-vis des personnes ayant des besoins spéciaux

que l'État se reconnaisse des responsabilités particulières envers les personnes ayant des besoins spéciaux telles que les personnes en perte d'autonomie et les femmes victimes de violence au sein de la famille et qu'il dote de ressources suffisantes les instances locales désignées comme responsables.

.Quant à la responsabilisation des familles

que le gouvernement veille à ne pas surcharger les familles en attribuant aux femmes des responsabilités trop lourdes à l'égard des personnes âgées, des grands enfants, des handicapés et des malades.

.Quant à l'allocation de ressources

que les groupes de femmes qui rendent actuellement de nombreux services aux familles obtiennent des ressources de façon régulière et selon des règles clairement établies.

NOTES

1- Rapport Badgley, Infractions sexuelles à l'égard des enfants, Canada, 1984, p. 195.

2- Messier Suzanne, Les femmes ça compte, Conseil du statut de la femme, 1984, p. 192.

3- Fortin, Fabienne, Le syndrome post-ligature des trompes: étude pilote, Université de Montréal, Juin 1984, p. 12.

4- L'une à l'autre, La pilule, 25 ans après, Volume 2, no 4, p. 13.

5- Allaire, Agathe et als, Femme et handicap, 1985, p. 18.

6- Beaulieu, Ginette, Alerte rouge aux MTS, dans Québec-Science, Janvier 1986, p. 17-22.

7- Tessier, Monique, La problématique sociale des adolescentes, quelques éléments, Allocution présentée lors de la rencontre annuelles des présidentes des Conseil du statut de la femme du Canada, 5 novembre 1984.

8- Les milieux médicaux croient actuellement qu'après une première infection au chlamydia, une femme a entre 25 et 30% de possibilités de devenir infertile.

9- Jean, André, Médecine, diagnostic prénatal, eugénisme, Allocution présentée lors d'un colloque international, Bruxelles, avril 1984, p. 13.

10- RAMQ - Nombre des accouchements et césariennes dispensés par l'ensemble des médecins, Québec, 1976-1980, 1984 (Codes 6902-6903-6904-6919-6912-6913).

11- Escomel Gloria, "Stérilité: Jusqu'où faut-il aller pour avoir un enfant", p. 11-20 dans La Gazette des femmes, mai-juin 1986.

12- CSF, Essai sur la santé des femmes, 1981, p. 172.

13- CSF, Commentaires relatifs à l'avis sur la prévention du suicide du comité de la santé mentale, Septembre 1983, p. 7.

14- Larouche, Ginette, Guide d'intervention auprès des femmes violentées, Corporation des travailleurs sociaux du Québec, 1985, 93 p.

15- CASF, Objectif-santé - Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, Août 1984, p. 37.

16- Vandal, S., La contraception à l'adolescence dans Nursing Québec, 1982, Volume 2, no 2, p. 18-23.

17- CSF, Essai sur la santé des femmes, 1981, p. 87.

18- Gouvernement du Québec, Rapport du comité interministériel sur les causes structurelles de l'évolution des coûts hospitaliers, Mai 1985, p. 20.

19- En 1984, les femmes ne représentent que 22.7% des omnipraticiens et 10.6% des spécialistes.

20- CSF, Réflexion sur les mesures de rationnement distribué dans le réseau des affaires sociales et sur les effets qu'elles entraînent chez les femmes, 1983, p. 25.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 - 2 avis sur le financement des groupes

-Le financement des centres de santé pour femmes, CSF, mars 1986, 12 p.

-Un avis sur le financement des groupes de services pour les femmes soumis par le C.S.F. à la ministre de la Condition féminine, madame Monique Gagnon-Tremblay, C.S.F., mai 1986, 40 p.

Annexe 2

Réaction du CSF au document du MSSS intitulé projet de politique en périnatalité, CSF, juin 1985, 10 p.

Annexe 3

Commentaires relatifs à l'avis sur la prévention du suicide du comité de la santé mentale, CSF, sept. 1983, 15 p.

Annexe 4

Commentaires du CSF sur le projet de politique d'intervention en matière de violence conjugale présenté par le ministère de la Justice le 10 septembre 1985, CSF, 1985, 8 p.

Annexe 5

Rapport et propositions sur la prévention des abus sexuels à l'égard des enfants, CSF, avril 1986, 46 p.

Annexe 6

La condition des femmes au regard de la famille, Considérations du CSF touchant le document de consultation sur la politique familiale, CSF, janvier 1985, 154 p.